

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 336

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{me} Valentine CRÉMER, née VINAVER

Née à Pétrograd, le 29 Avril 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROCÉDÉ DE LE FORT
DANS LE TRAITEMENT
DU PROLAPSUS GÉNITAL SÉNILE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1925



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{me} Valentine CRÉMER, née VINAVER

Née à Pétrograd, le 29 Avril 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROCÉDÉ DE LE FORT
DANS LE TRAITEMENT
DU PROLAPSUS GÉNITAL SÉNILE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1925

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS



MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment ^{le} .
HAVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.

MM.
OMBREDANNE. Clinique chirurgicale in-
fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BRINDEAU
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse et en remerciement de
nous en avoir donné l'idée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur WIDAL.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD.

Monsieur le Professeur HARTMANN.

Monsieur le Professeur NOBÉCOURT.

Monsieur le Professeur MARFAN.

Monsieur le Professeur TEISSIER.

Monsieur le Professeur A. BROCA (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur LECÈNE

*En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour l'indulgente sym-
pathie qu'il nous a toujours témoignée.*

Monsieur le Professeur Agrégé ABRAMI

*Avec l'hommage de notre vive gratitude
pour sa bienveillance inépuisable.*

Monsieur le Professeur Agrégé VAUDESCAL

*En témoignage de notre reconnais-
sance pour tout ce que nous devons à sa
science et à ses conseils.*

Monsieur le Professeur Agrégé RIBIERRE.

Madame le Docteur FABRE.

Monsieur le Docteur LANTUÉJOUL.

Monsieur le Docteur TURQUETY.

Monsieur le Docteur LE GAC.

INTRODUCTION

La présente thèse est consacrée à l'étude de l'opération de L. Le Fort et surtout des conditions indispensables pour que les résultats éloignés de cette opération soient favorables. C'est en travaillant dans le service de M. le Professeur Brindeau que nous avons eu l'occasion de voir plusieurs cas de prolapsus sénile traités par le procédé de Le Fort.

Nous devons l'idée de ce travail à l'initiative bienveillante de M. le Professeur Brindeau et nous tenons à lui exprimer ici notre vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il a toujours porté à cette étude.

Nous remercions également M. le Professeur Agrégé Vaudescal et M. le Docteur Lantuéjoul, chef de la clinique Tarnier, qui ont bien voulu nous guider dans ce travail et mettre à notre disposition toute la documentation nécessaire.

Nous devons certaines observations inédites, publiées plus bas, à l'obligeance de M. le Professeur Hartmann, de M^{me} le Docteur Gérard et de M. le Docteur Le Gac.

Ces documents nous permettent de conclure en faveur de l'opération de Le Fort lorsqu'elle a pour but de traiter le prolapsus sénile à condition toute-

fois que certaines règles, soulignées dans notre travail, soient strictement observées. Ce procédé représente ainsi un traitement de choix dans certains cas difficiles de prolapsus complet chez les femmes âgées.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROCÉDÉ DE LE FORT
DANS LE TRAITEMENT
DU PROLAPSUS GÉNITAL SÉNILE

HISTORIQUE

Le 14 février 1877, le Professeur Léon Le Fort fit à la Société de Chirurgie de Paris un communiqué important sur le traitement des prolapsus génitaux, en concluant qu'aucun des procédés employés à cette époque ne pouvait être considéré comme satisfaisant. Tous ces procédés étaient trop longs et trop laborieux à exécuter, d'autant plus qu'on était obligé d'opérer à l'aveuglette au fond du vagin (procédé de Sims, de Panas, occlusion incomplète de la vulve d'Auger etc.)

Il avait par conséquent conçu un nouveau procédé qu'il exposa de la manière suivante :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord sur la partie antérieure, puis sur la partie postérieure du vagin deux avivements de 6 centimètres environ de longueur sur 2 centimètres de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve ; cela fait, je réduisis l'utérus assez pour

mettre en rapport les extrémités de ces 2 surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord transversal 3 points de suture ; puis, de proche en proche, en réduisant au fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-rectale.

« La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète, et quand les 2 bords des deux surfaces avivées furent suturés, la réduction était complète. On comprend toutefois que dans ce procédé comme dans celui de Sims et de Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles lorsqu'après quelques jours la réunion s'est effectuée.

« Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue afin de les saisir facilement lorsqu'ils seront devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse » .

D'après Le Fort, il faut faire l'avivement strictement médian et superficiel, en le commençant le plus près possible de la vulve, pour réduire les cysto et rectocèles, et en opérant à ciel ouvert.

Déjà avant cette communication de Le Fort plusieurs chirurgiens avaient essayé de traiter le prolapsus par des procédés analogues. Pour ne citer que quelques exemples, Gérardin de Metz faisait en 1823 une suture médiane de la paroi antérieure et postérieure du vagin, préalablement avivées au niveau de l'orifice ; Jobert de Lamballe ne faisait que 2 avivements transversaux sur la paroi antérieure du vagin

en laissant une partie du vagin non avivée entre eux ; il affrontait les 2 surfaces cruantées et les réunissait par une suture. Le pli transversal ainsi obtenu ne s'opposait qu'au cystocèle.

Nous citons aussi le procédé de Sims, ou procédé du lambeau en V, à exécution très difficile, et enfin le procédé de Simon, avivement de la paroi postérieure du vagin par un large triangle, assez dangereux et pouvant facilement intéresser les vaisseaux volumineux.

En 1881, Eustache publie une modification du procédé Le Fort. Il remplace les fils d'argent par des fils de catgut et en même temps il recommande d'exécuter l'avivement sur une largeur plus grande (de 4 à 5 centimètres) et aussi haut que possible. La thèse d'André publiée en 1888, inspirée directement par le Professeur Le Fort donne beaucoup de détails et de précisions sur le procédé, tel qu'il a été précisé par Le Fort.

C'est en 1889 seulement qu'on trouve dans « The National Journal of Medical Sciences » un communiqué de Taft qui était le premier à attirer l'attention sur l'impossibilité d'obtenir la solidité de la cloison avec un avivement parcimonieux. Il proposa de faire une cloison épaisse en renonçant à conserver le vagin. Le procédé de Le Fort ainsi conçu devint une opération réservée uniquement aux femmes âgées.

Depuis, l'opération de Le Fort est tombée dans l'oubli pour un temps assez long. On a essayé d'autres procédés : celui de Bouilly (colporraphie antérieure

et colporraphie postérieure avec amputation élevée du col), l'hystéropexie de Terrier et la colpectomie de Müller par exemple.

Depuis 1921, MM. J. L. Faure, Hartmann et Lélars publient plusieurs articles sur le procédé Le Fort modifié et élargi, en lui attribuant la place qu'il occupe actuellement parmi les traitements des prolapsus génitaux.

Enfin, en 1923, au 32^e Congrès de Chirurgie de Paris, MM. Bégouin et Savariaud attribuent à cette opération un rôle prépondérant dans le traitement des prolapsus.

Depuis ont paru les thèses de Nora (Mai 1924) où l'on trouve la technique très détaillée de l'opération, et de Caffeau (1924). Nous citerons, pour terminer, le compte-rendu de la Société d'Obstétrique du mois de Février 1925 qui rapporte une statistique de 39 cas du service de M. le Professeur Lélars. MM. Brocq et Nora, rapporteurs, signalent qu'il faut avoir le soin de faire les surfaces d'avivement antérieure et postérieure rigoureusement symétriques, de descendre très près de la vulve et de rester à distance du col. D'après la statistique précitée, sur les 39 cas, 28 ont été suivis de perinéorraphie postérieure.

D'après les rapporteurs, on ne doit opérer que les femmes âgées, avec le périnée complètement déficient et l'utérus extériorisé. Les mêmes auteurs publient au mois d'avril 1925. (Médecine) un article dans lequel ils rapportent la même statistique avec la conclusion suivante :

« Limitée à ces indications précises : prolapsus complet, périnée déficient, femmes âgées, même avec état général médiocre, l'opération de Le Fort est une excellente opération, supérieure à toutes celles qu'on a voulu lui imposer ».

Indications et contre-indications.

La technique d'aujourd'hui a complètement modifié les indications de l'opération de Le Fort. En décrivant son procédé, Le Fort disait que par ce moyen il donnait à la femme la guérison, en lui gardant toutes les facultés de la vie génitale, même la possibilité d'accoucher. Par contre, ce procédé modifié et élargi, celui qui donne de très bons résultats éloignés, ne peut s'appliquer qu'aux femmes âgées, ayant passé la ménopause, car il rend impossible la vie génitale, conséquence dont il ne faut jamais manquer de prévenir la malade.

D'autre part, il ne faut pas l'appliquer aux femmes dont les annexes sont suspects ; dans ces cas il vaut mieux avoir recours à d'autres procédés par la voie haute.

Traitement.

Dans le choix du traitement du prolapsus il faut avant tout tenir compte de son étiologie. Plusieurs facteurs peuvent intervenir : des efforts continus (observations n° 6), des accouchements laborieux, l'alitement trop court après l'accouchement, toutes

les causes de dystocie maternelle et fœtale agissant dans le même sens et traumatisant les tissus. « Au défaut d'involution succèdent des troubles de nutrition des tissus ; ils débutent peu de temps après l'accouchement. Cette dystrophie tissulaire est-elle le fait de la grossesse, n'est-elle qu'une première manifestation d'une diathèse jusqu'alors silencieuse et qui brusquement réveillée se met à évoluer avec rapidité ? L'existence de cette diathèse semble hors de doute. » (Thèse de Nora)

Cette dystrophie tissulaire amène petit à petit des ptoses abdominales et génitales, et quand la sénilité arrive, accompagnée de l'atrophie des tissus, il n'y a plus rien qui s'oppose à la chute progressive des organes ptosés et à l'apparition d'un prolapsus complet.

Parmi les procédés par voie haute c'était à l'hystérectomie ou à l'hystéropexie qu'on avait recours autrefois. Mais si le périnée est déficient, on a souvent la surprise désagréable de voir le prolapsus réapparaître, malgré l'opération (observation n° 10). L'hystéropexie par les ligaments ronds (Alexander ou Doleris) ne peut suffir lui non plus pour guérir le prolapsus ancien, car le rôle prépondérant dans la statique utérine, outre les ligaments utérosacrés, revient au plancher pelvien.

Cette opération, tout en ayant ses indications propres, ne peut donc empêcher la reproduction des cyto et rectocèle, les deux premiers degrés inévitables et très pénibles du prolapsus. Et dans ce cas on se

trouve, même si l'utérus ne réapparaît pas à la vulve, en présence d'un prolapsus non utérin, mais pelvien, souvent tout aussi gênant.

Pour avoir un résultat durable dans ces cas de prolapsus sénile, il faudrait compléter le procédé de Doléris par une opération plastique sur le vagin (cas du Dr Dubourg, cité dans la thèse de Bordier, p. 19). Dans ces cas ce procédé devient plus ou moins inutile, en rendant beaucoup plus sérieuse et grave une intervention généralement facile et peu mutilante ; ceci surtout en considération de l'âge souvent assez avancée des malades.

Nous ne parlerons pas d'autres procédés par voie haute qui sont tous décrits, avec beaucoup de détails, dans les thèses précitées (thèses de Caffeau et de Nora).

Quant à l'hystérectomie vaginale, elle est abandonnée pour le traitement des prolapsus presque par tous les chirurgiens français. Cette intervention, tout en étant plus sérieuse que les autres procédés purement plastiques, ne nous met pas à l'abri de reproduction d'un prolapsus de la voûte vaginale, voire cisto et rectocèle. De plus, d'après la statistique de M. le Professeur Hartmann, elle est dangereuse dans 10 0/0 des cas. Le meilleur moyen d'action sur le prolapsus serait un procédé pouvant créer en bas un obstacle à la chute progressive des organes. Chez les femmes ayant encore une certaine élasticité des tissus, on peut facilement s'adresser aux opérations sur le périnée mais chez les femmes âgées, après la

ménopause, on ne peut reconstituer le périnée dont les muscles n'ont plus de valeur. On est obligé de s'adresser directement au vagin.

Presque toujours, avant de se laisser opérer, les malades essayent de porter un pessaire. Les pessaires sont souvent mal tolérés dès le début, mais même bien supportés au commencement, les malades se voient obligées à la longue d'en porter des numéros de plus en plus grands. Ceci s'explique facilement par le principe même de l'action des pessaires qui, pour pouvoir retenir l'utérus en place, doivent avoir un point d'appui assez résistant. Or, ce point d'appui peut être réalisé soit par les tissus profonds du plancher périnéal, soit si le périnée n'est plus assez élastique, par les parties latérales de la filière pelvienne, c'est-à-dire par les muscles releveurs de l'anus. Chez les femmes âgées dont les muscles ont perdu toute leur tonicité, cette pression ne fait que distendre de plus en plus ces muscles. Et, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, les malades arrivent, à un certain moment, quand les plus grands pessaires ne peuvent plus suffire. En élargissant de cette manière l'orifice vulvaire, ils ne font qu'aggraver le prolapsus au lieu d'y remédier, sans compter les inconvénients dus à l'irritation et l'inflammation de la muqueuse vaginale qui rendent l'intervention beaucoup plus délicate. Si la malade refuse l'intervention chirurgicale, on devrait avoir recours, comme à un pis-aller, au pessaire du type de Bargnet

avec une tige centrale dans le vagin, soutenue et fixée par une ceinture abdominale.

Parmi les opérations s'adressant directement au vagin, il y a, outre l'opération de Le Fort, deux procédés qui, à notre avis, pourraient et devraient lui être comparés ; c'est avant tout l'interposition vesico-vaginale ou l'opération de Wertheim, modifiée par Schauta et, en second lieu la fermeture du vagin. L'opération de Schauta a l'inconvénient d'être beaucoup plus délicate et beaucoup plus traumatisante. De plus, ne mettant pas la femme à l'abri de la possibilité d'une grossesse, cette opération peut même devenir dangereuse pendant l'évolution de cette grossesse.

Elle nécessite, en effet, selon que l'on prenne pour la pratiquer la voie haute ou la voie basse, l'ouverture du péritoine, la recherche du plan de clivage vésico-utérin, des sutures utéro-vaginales particulièrement délicates à pratiquer ; tous points de la technique qui rendent l'exécution de cette intervention assez longue et non exempte de danger. De plus, dans les quelques observations qu'il nous a été à même de consulter, les résultats définitifs ne semblent pas avoir été toujours remarquables : dans un cas pratiqué par voie basse, une grossesse est survenue dans la suite, si bien que certains opérateurs ont préféré la voie haute pour lier les trompes en même temps (Lequeux). Dans un autre cas l'interposition ne s'est pas maintenue et le prolapsus s'est reproduit.

Quant à la fermeture complète du vagin, elle a un grand inconvénient de ne laisser aucune issue aux sécrétions utérines qui peuvent survenir après l'opération, voire même des menstruations (obs. n° 14).

Les résultats de l'intervention dépendent beaucoup des soins qu'on donne à la malade avant l'opération. Il faut avant tout décongestionner les organes du pelvis. Cette congestion étant due presque exclusivement à une stase mécanique, le meilleur moyen est le repos complet au lit. Puis, et ce n'est pas la chose la moins importante, il faut s'adresser aux traitements des ulcérations qu'on rencontre, pour ainsi dire, toujours dans ces prolapsus de longue date.

Les ulcérations peuvent être traitées par différentes méthodes, soit par les attouchements avec le caustique de Filhos, soit des badigeonnages à l'alcool iodé, soit par la bouillie lactique ou par un autre procédé quelconque que nous ne précisons pas ici.

Ces soins occupent d'habitude une période de 10-13 jours pendant laquelle les malades gardent le lit. Quelquefois les ulcérations ne se cicatrisant pas, on est obligé de recourir à leur excision, cas assez rare, que nous n'avons jamais rencontré et que nous n'avons retrouvé dans aucune de nos observations. En tous cas, lorsqu'une de ces ulcérations ne guérit pas par ces différents traitements, il y a lieu non-seulement d'en pratiquer l'excision, mais aussi l'examen histologique, afin d'éliminer, cela va sans dire, la possibilité du début d'un néoplasme.

L'opération de Le Fort ne nécessite pas l'anesthésie générale et c'est un de ses grands avantages si on considère l'âge avancé des malades. On ne s'adresse à l'anesthésie générale que chez des malades très pusillanimes. L'anesthésie employée dans le service de M. le Professeur Brindeau est l'anesthésie régionale qui, correctement exécutée, est largement suffisante pour permettre de terminer l'intervention sans aucune sensation de douleur, à condition toutefois d'avoir attendu au moins 20 minutes après la dernière injection. On pratique cette anesthésie avec la solution de novocaïne 1/200 en bloquant d'abord les nerfs à l'émergence des trous sacrés par injection de 1-2 cc. de chaque côté, ensuite en faisant l'anesthésie des tissus périnéaux avec la même solution dans tout le trajet qu'à suivi l'aiguille pour gagner les trous sacrés. On réalise ainsi l'anesthésie de toute la région périnéale.

L'anesthésie rachidienne, préconisée par de nombreux chirurgiens, nous semble moins recommandable en raison des accidents de rétention ou d'incontinence d'urine qui en résultent quelquefois et qui constituent un obstacle au succès de l'intervention.

Quant à l'anesthésie locale nous n'en avons aucune expérience personnelle, mais d'après Caffeau (Thèse de Paris 1924), cette méthode, tout en donnant une anesthésie très suffisante, a l'inconvénient de restreindre le champ opératoire et de rendre par là même les résultats de l'opération moins durables.

On trouve la technique proprement dite de l'opé-

ration décrite dans plusieurs Traités. Nous rapportons ici celle du Traité de gynécologie médico-chirurgicale de J.-L. Faure et A. Sireday (p. 403).

« Le prolapsus étant complètement extériorisé, on avive sur la paroi vaginale antérieure un rectangle de 3-4 cm. de largeur, auquel on donne le plus de longueur possible, 6-8 cm. au minimum. Il doit siéger sur la ligne médiane et s'étendre d'un point situé à 2-3 cm. du méat jusqu'au voisinage du col à 2 cm. environ de son insertion vaginale.

Un avivement symétrique de même longueur, de même largeur et situé bien exactement, lui aussi, sur la ligne médiane, est alors pratiqué sur la paroi vaginale postérieure. L'hémostase étant assurée, il s'agit de suturer et d'accoler l'une à l'autre les deux surfaces cruantées..... On suture au catgut les parties voisines des deux surfaces avivées. Les sutures doivent être faites avec soin, les lèvres des incisions soigneusement affrontées et des surjets au catgut perdu doivent réunir les surfaces cruantées. Dans ces conditions, au fur et à mesure que les sutures avancent, le prolapsus se réduit, et quand l'affrontement des surfaces avivées est terminé, la réduction est complète. »

« Lorsque le vagin a été cloisonné, la cloison ainsi faite forme sous l'utérus une sangle qui ne peut laisser passer l'utérus qu'à condition de se rompre. »

De plus, il persiste, de chaque côté du cloisonnement un canal suffisant pour l'écoulement de sécrétions utérines, s'il venait à s'en produire une (Obser-

vation d'une femme qui a eu ses règles après l'intervention). Pour que le résultat se maintienne, il est préférable de terminer l'opération par une perinéorraphie postérieure.

Après l'opération les malades gardent le lit pendant 15-18 jours, car si elles se lèvent trop tôt, elles risquent de faire réapparaître le prolapsus. Il ne faut pas leur donner d'injections. N'explorer le vagin dans le but de vérifier le résultat définitif que 5 à 6 semaines après l'opération.

STATISTIQUE

Nous publions 15 observations inédites, dont :

12 appartiennent à la clinique Tarnier ;

1 observation nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Hartmann ;

1 observation nous a été adressée par M. le Dr Le Gac ;

1 observation nous a été communiquée par M^{me} le Dr Gérard.

De ces 15 observations, 11 ont été revues et parmi ces malades 8 ont été retrouvées en parfait état. Les autres ont eu une récurrence soit à cause d'un effort trop brusque fait peu après l'opération (observation n° 3), soit à cause d'un saignement assez abondant qui s'est produit tout de suite après l'opération et qui a probablement empêché l'accolement des deux surfaces (observation n° 9), soit à cause d'une chute (observation n° 6).

Résultats. — De ces 11 malades une a été revue après 12 ans ; le résultat se maintenait et la malade se disait très satisfaite ; trois autres revues 8 à 9 ans après l'intervention également avec un bon résultat ; enfin quatre malades examinées par nous 1 ou 2 ans

après l'opération, également complètement guéries.

Les trois cas d'échec dont nous avons parlé plus haut, sont tous dûs à des accidents imprévus, survenus bientôt après l'opération.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame Julie H..., 51 ans, entre dans le service pour le prolapsus complet. A eu 6 enfants, le dernier accouchement datant de 21 ans. Jamais d'accouchement laborieux, jamais eu de déchirures. Le début du prolapsus après le premier accouchement, à l'âge de 22 ans, la malade ayant été obligée de se lever très tôt après. L'opération est pratiquée le 9 octobre 1916. Anesthésie régionale parfaite. Avivement des 2 lambeaux rectangulaires sur les parois antérieure et postérieure. Suture des deux bords au catgut. Sortie le 19^e jour en bon état.

Deux mois après l'opération, la malade a fait une chute d'une hauteur de 3 mètres et s'est fracturée la jambe.

Revue le 21 janvier 1925, 8 ans après l'opération. L'anneau gauche tient très bien ; le droit est un peu élargi ; pendant l'effort, on voit apparaître un léger cystocèle. La malade dit qu'elle se sent très bien depuis l'opération. Très bons résultats. Le petit élargissement de l'anneau droit peut être expliqué par l'effet de la chute que la malade a faite.

Observation II (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame Louise P..., 61 ans, opérée au mois de mai

1923. Opération de Le Fort, chez une femme ayant déjà subi une colpoperinéorrhaphie en 1916. Prolapsus utérin datant de 15 ans. Pendant 8 ans, la malade a porté des pessaires, quoiqu'elle les tolérât très mal.

Après l'opération de 1916, le prolapsus a réapparu, mais, d'après la malade, il était moins prononcé qu'avant.

La malade revint en 1923 pour se faire opérer. Anesthésie au chloroforme, la malade étant très pusillanime. Vagin très étroit ; on arrive cependant à tailler 2 lambeaux rectangulaires de la face antérieure et postérieure des parois vaginales. Suture d'un à l'autre des deux bords droits, puis suture des bords gauches. Le vagin est ainsi cloisonné verticalement et séparé en deux vagins latéraux. Sortie 13 jours après, en parfait état.

Revue le 2 février 1925, la malade se sent très bien ; les 2 anneaux admettent à peine l'index.

Observation III (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame Eveline P..., 42 ans. Opération de Le Fort, pour un prolapsus complet avec altérations du col.

2 accouchements, dont le premier à 20 ans, très laborieux, avec des déchirures qui n'étaient pas suturées. Depuis l'âge de 30 ans, métrite soignée par des tampons, injections, etc... Sensation de pesanteur, de tiraillement, de douleurs. Pessaire mal toléré. Depuis l'âge de 46 ans prolapsus complet.

Opérée le 23 septembre 1916. Ablation d'un quadrilatère sur les parois antérieure et postérieure du vagin. Suture à droite et à gauche avec catgut. Anesthésie régio-

nale antérosacrée avec 1-2 cm³ environ de solution à 1 p. 200. Anesthésie parfaite. La malade n'a accusée de douleurs qu'au moment des tiraillements. Sortie le 12 octobre, en très bon état.

Revue le 22 janvier 1925. La cloison n'existe plus ; le prolapsus est reparu. La malade dit que 2 mois après l'opération, se sentant très bien, elle a recommencé à travailler et après un effort brusque qu'elle avait fait, elle a eu une sensation de douleur très forte et à ce moment le prolapsus à réapparu.

Observation IV (inédite), M. le Professeur Bar.

Madame P..., 47 ans. Prolapsus incomplet. Un seul accouchement à l'âge de 24 ans. Prolapsus apparu tout de suite après l'accouchement. La malade s'est levée très tôt et a recommencé à travailler tout de suite. Pendant 2 ans elle employait le pessaire, puis, étant obligée de porter des numéros de plus en plus grands, elle a dû y renoncer. Métrite avec métrorragies. Était traitée par des cautérisations sans aucun effet. En 1893, à l'âge de 27 ans, a subi une ovariectomie sans hystéropexie pour salpingite double. Se sentait bien jusqu'à 1913, quand les métrorragies réapparurent.

Le 20 février 1913, la malade était opérée par le procédé de Le Fort élargi. Anesthésie à la novocaïne adrénalinée en arrière et en avant, sans injection de morphine préalable. Abaissement du moignon du col, avivement de la partie moyenne du vagin, de même en avant. Suture par étages, 3 fils médians perdus, fils en couronne mis en étages vers la profondeur. La malade, revue 10 ans

après, dit que pendant tout ce temps elle s'est sentie très bien, mais petit à petit survinrent des difficultés d'uriner et des troubles de la défécation. En octobre 1923, elle s'est fait réopérer par M. le professeur Brindeau. Colpoclésis chez une femme ayant déjà eu le Le Fort. On ne retrouve comme vestiges du Le Fort, qu'une bride déviée à gauche. La hernie de la vessie s'est faite entre la bride et la paroi pelvienne droite. Ablation d'un anneau de muqueuse, suture des deux bords de la plaie ; on forme ainsi un diaphragme transversal qui obture le vagin. Anesthésie rachidienne. Sortie en bon état. *Revue* le 2 février 1925, la malade se sent très bien, mais pendant l'effort on voit le prolapsus réapparaître, le col sort à moitié, dévié du côté gauche. Debout, sans effort, le prolapsus ne réapparaît pas.

Observation V (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame C..., 53 ans, opérée par le procédé de Le Fort, pour un prolapsus incomplet, apparut en 1915 brusquement après une chute à califourchon. La malade restée quatre mois au lit sans aucune amélioration est venue pour se faire opérer.

8 accouchements très faciles sans aucune complication, pas de métrite dans les antécédents. Ménopause à 44 ans. Opérée le 12 avril 1916. Anesthésie à la novocaïne adrénalinée. Abaissement forcé de l'utérus, taille d'un lambeau antérieur quadrilatère. Avivement assez facile. Taille d'un lambeau postérieur plus volumineux que le précédent. Suture des deux bords droits et des deux bords gauches au catgut. Le 20 avril, on examine la malade et

on constate que les sutures n'ont pas pris. Les catgut se sont résorbés sans que les surfaces avivées ne se soient soudées ensemble. Le conduit vaginal s'est néanmoins considérablement rétréci ; le résultat obtenu est celui d'une colporrhaphie antérieure et postérieure. Il n'y avait eu ni hémorragie secondaire, ni infection. Le 24 avril la malade se lève, le prolapsus ne se reproduit plus. Le 27 la malade sort de l'hôpital. Le 16 mai, un mois après l'opération, la malade revient à la consultation. Abaissement des parois antérieure et postérieure du vagin.

Observation V (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame Marie G..., 62 ans. Opération de Le Fort pour un prolapsus complet, apparu progressivement chez une vieille tousseuse, depuis l'âge de 32 ans. Quatre accouchements très faciles. Voyage assez pénible à l'âge de 29 ans, dix jours après l'accouchement. La malade dit qu'elle n'a jamais eu de pertes. Bronchite chronique depuis très longtemps. Sensation de pesanteur et de douleur. Deux ans avant l'opération, le prolapsus complet s'est constitué. Opérée le 25 mai 1923. Cloisonnement vaginal de Le Fort. Anesthésie régionale très satisfaisante. L'opération a été facile, quoique la muqueuse se décollait difficilement.

Revue le 1^{er} mars 1925. La malade se sentait très bien pendant quelques mois après l'opération ; elle fit une chute les jambes écartées, à la suite de laquelle elle a vu son prolapsus réapparaître. Cette chute a provoqué, d'autre part, des métrorragies, nécessitant une opération d'urgence.

Observation VII (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame M., 50 ans. Opération de Le Fort pour prolapsus complet avec ptose généralisée faite le 2 février 1916.

Anesthésie régionale. Ablation de 2 petits losanges de muqueuse sur la paroi antérieure et la paroi postérieure. Suture des 2 bords au catgut. Sortie 13 jours après en bon état. *Revue* le 13 novembre 1923, six ans et demi après l'intervention. Très bons résultats.

Observation VIII (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame V., 64 ans. Opération de Le Fort, le 12 février 1916, chez une femme âgée, pour prolapsus complet. Anesthésie à novocaïne. Opération assez pénible parce que l'utérus ne s'abaisse pas complètement et la paroi vaginale se déplisse difficilement, surtout en arrière. Ablation des 2 rectangles de muqueuse sur les parois antérieure et postérieure. Suture des 2 bords droits de la muqueuse à l'aide des points séparés. Même chose des 2 bords gauches. Sortie le 26 février, le 14^e jour, en bon état.

Revue le 22 février 1925, 9 ans après l'opération, en très bon état. Les deux anneaux et la cloison tiennent bien.

Observation IX (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame D., 68 ans. Opérée le 23 février 1916. Anesthésie à la novocaïne adrénalinée. Abaissement forcé de l'utérus. Taille d'un lambeau antérieur quadrilatère.

Avivement assez facile. Taille d'un lambeau postérieur plus volumineux que le précédent. Avivement plus difficile parce que le prolapsus est incomplet en arrière. Suture des 2 bords droits et des 2 bords gauches au catgut. Le lendemain, on s'aperçoit que la malade a saigné. On met un tamponnement adrénaliné.

Revue le 18 avril 1916, 2 mois après l'opération. Les parois du vagin n'adhèrent nulle part. Les résultats sont ceux d'une colporrhaphie antérieure et postérieure simple.

Observation X (inédite). M. le Professeur Brindeau.

Madame P., 60 ans. Cloisonnement du vagin le 31 juillet 1913 pour un prolapsus chez une femme ayant subi antérieurement une hystérectomie. Le prolapsus s'est reproduit. On note, 10 ans après l'opération, une cysto et rectocèle qui gêne beaucoup la malade. Opération de Le Fort.

Anesthésie à la novocaïne adrénalinée. Trace d'un lambeau antérieur et postérieur ayant la forme d'un rectangle allongé. Résection des 2 lambeaux muqueux qui ont une longueur de 4 centimètres environ. Sutures latérales au catgut des deux bords droits et des deux bords gauches de l'incision. On met deux mèches latérales.

Revue le 25 mars 1925, 12 ans après l'opération ; la malade se dit très satisfaite des résultats. Le prolapsus ne se reproduit pas, même à l'effort.

Observation XI (inédite). M. le Professeur Hartmann.

Madame X., 86 ans. Opérée le 11 mai 1900. Curettage de l'ulcération, située à la face postérieure du prolapsus.

Large avivement rectangulaire en avant et en arrière, commençant au col, s'arrêtant à 1 cm. 1/2 de l'orifice uréthral, comprenant toute la longueur du vagin, sauf deux petites languettes de muqueuse ayant 1 centimètre de large à droite et à gauche. Réunion par une série successive de 4 points de catgut, chaque rangée nouvelle enfouissant la précédente et amenant ainsi la regression progressive du vagin. Deux fines mèches de gaz iodoformée sont mises à droite et à gauche dans les petites parties laissées. Sortie le 12^e jour.

Observation XII (inédite). M. le Professeur Lequeux.
Clinique Tarnier.

Madame Henriette M., 62 ans. Opérée le 7 août 1918 par le procédé de Le Fort pour prolapsus sus vaginal chez une vieille femme. Anesthésie rachidienne parfaite.

1^{re} injection : espace dorsolombaire ; 2^e injection : espace lombosacré de 0,06 de novocaïne et de 0,01 de strychnine.

Abaissement facile de la paroi vaginale antérieure. On enlève un rectangle de 3 centimètres de large sur toute la hauteur de la paroi vaginale, depuis le col jusqu'à sous-urèthre. Abaissement, dissection et excision de la paroi postérieure plus malaisés. Sutures de l'un à l'autre chacun des deux rectangles sur les côtés à droite et à gauche. Points séparés à la soie et au catgut. Pour la fin de l'opération, il existe une oblitération presque complète du vagin. Il y a une cloison médiane de chaque côté de laquelle on sent nettement deux canaux. Tamponnement

des deux canaux. Suites normales. Bons résultats. Sortie le 20^e jour.

Observation XIII (inédite). M. le Docteur Ecalle.
Clinique Tarnier.

Madame B., 57 ans, opérée le 12 décembre 1921. Le Fort, pour colpocèle chez une femme âgée. Rachianesthésie, Résection carrée sur la paroi antérieure et postérieure. Approchement des deux surfaces avec du catgut. Une mèche à droite et une à gauche après l'intervention. Bonne anesthésie. Résultats relativement satisfaisants. Surface d'adhérence peu large. Sortie le 17^e jour.

Revue le 15 janvier 1925, 4 ans après l'opération. Résultats assez bons. La cloison tient bien.

Pendant l'effort, on voit apparaître un léger degré de cystocèle. La malade se dit très satisfaite.

Observation XIV (inédite). M. le Docteur Le Gac.

Madame R., 55 ans. 1 enfant. Accouchement à 32 ans avec application de forceps. Les douleurs lombaires et les signes de prolapsus se manifestent 5 mois après l'accouchement. Ménopause à 52 ans.

A son entrée, la malade présente des signes de prolapsus total, réductible avec une ulcération du col utérin, s'étendant à sa face antérieure.

Pendant une période de 15 jours, lavages quotidiens à l'eau savonneuse, applications de poudre d'ectogan. Opérée le 14 mai 1924. Anesthésie à l'éther. Opération de Le Fort. Périnéorrhaphie postérieure. On laisse dans le

conduit vaginal persistant un drain qu'on enlève le 8^e jour. Sortie le 20^e jour.

Revue le 2 avril 1925, 11 mois après l'opération. *A repris ses fonctions de concierge*. La malade ne se plaint d'aucun trouble. A l'examen : ne présente pas de prolapsus, même à l'effort ; les deux orifices admettent à peine le bout de l'index.

Chose curieuse : notre malade, non réglée avant l'opération, a eu, pendant 6 mois consécutifs, un écoulement sanguin durant 4-5 jours, qu'elle appelle « ses règles », écoulement qui ne lui causait aucun trouble.

Observation XV (inédite). *M.* le Professeur Brindeau
et *Mme* le Docteur Gérard.

Madame H..., 61 ans, opérée en mars 1923 pour prolapsus total. 4 accouchements, dont le dernier à 27 ans, très rapide, suivi d'une hémorragie de la délivrance. A 37 ans, la malade éprouve une gêne à la marche et on constate que son utérus est très bas, le col à la vulve. Elle a en même temps une hernie inguinale droite. Mais la malade refuse l'opération. A 40 ans, sa hernie est étranglée un soir et l'on fait d'urgence la cure radicale de la hernie, mais on ne touche pas à son utérus qui ne l'incommode pas, car elle mène une vie très calme, sans aucune fatigue. En 1908, à 46 ans, elle s'occupe d'un de ses petits enfants malade, qu'elle porte beaucoup dans ses bras. Elle constate alors que son utérus est beaucoup plus bas qu'auparavant et qu'elle en est très gênée pour la marche. Pas d'incontinence d'urine. On lui fait porter un pessaire qui la soulage, mais on est obligé de lui mettre

des pessaires de plus en plus grands. En 1918, elle se trouve très incommodée par son prolapsus. Elle a des pertes blanches, sans toutefois aucun trouble urinaire. En 1918, elle se décide à l'opération.

15 jours avant l'intervention, on lui a fait quelques attouchements du col avec de la teinture d'iode et on lui a mis des tampons à la glycérine à cause de ses pertes blanches.

L'opération faite par M. Brindeau, d'après les procédés classiques, a très bien réussi. Depuis, la malade ne souffre plus, elle a repris sa vie active, sort à pied et se trouve très bien.

Dernier examen en décembre 1924 : La cloison est intacte et la malade très satisfaite.

CONCLUSIONS

Le procédé de Le Fort est un procédé d'exception.

Il est réservé aux femmes ayant passé la ménopause, dont l'âge exclut toute possibilité de grossesse.

Il exclut également toute possibilité de rapports sexuels si l'on veut que le résultat soit durable.

Il est indispensable que les précautions pré et post-opératoires, indiquées plus haut, soient observées à la lettre.

Dans ces conditions le résultat, comme le prouvent les observations que nous rapportons, est favorable.

C'est une intervention de technique simple, ne nécessitant que l'anesthésie régionale ou locale.

Si l'affrontement est réalisé exactement ; si l'intervention est terminée par une périnéorraphie postérieure, les résultats de cette opération semblent la mettre au premier plan du traitement du prolapsus génital complet.

Vu, le Président de la Thèse :

BRINDEAU.

Vu : le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE (1)

1. *André M.* — Thèse de Paris, 1888-89.
2. *Bégouin.* — XXXII^e Congrès de Chirurgie, 1923.
3. *Bordier J.* — Thèse de Bordeaux, 1893-94.
4. *Brocq et Nora.* — L'opération de Léon Le Fort (La Médecine, Avril 1923).
5. *Caffeau O.* — (Thèse de Paris 1923-24).
6. *Eustache.* — (Bulletin de Soc. de Chir. de Paris, 1884).
7. *J.-L. Faure et Siredey.* — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
8. *L. Le Fort.* — Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin (Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris, 1877).
9. *Hartmann.* — Annales de Gynécologie et Obstétrique, 1923.
10. *Nora G.* — Thèse de Paris, 1923-24.
11. *Taft.* — The national Journal of médical sciences, 1889.
12. Société d'obstétrique, 1923.

(1) Pour la bibliographie plus détaillée nous indiquons la thèse de G. Nora.

